



**Nom du projet :**

**Nom de la structure de rattachement :**

**Thématique principale :  Addictions  Territoire d’Intervention Prioritaire**

 ** Dépistages organisés des cancers (**seules les CMSA peuvent soumettre un projet)

FICHE D’intention

Coup de pouce prévention 2024

SOMMAIRE

[Fiche du projet 2](https://msainstitution-my.sharepoint.com/personal/abou-kheir_cesar_ccmsa_msa_fr/Documents/Bureau/Nouveau%20dossier/Coup%20de%20pouce/Coup%20de%20pouce%202024/Outils%202024/Fiche%20intention/Fiche%20intention%20revu/FI%20VF/Fiche%20d%27intention%20_CDPP%202024.docx#_Toc157001223)

[Candidature 2](#_Toc157001224)

[IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE QUI PORTE LE PROJET 2](#_Toc157001225)

[Identification du porteur de projet 3](#_Toc157001226)

[Synthèse du projet 3](#_Toc157001227)

[OBJECTIFS DU PROJET 4](#_Toc157001228)

[Public(s) Cible ET TERRITOIRE(S) D’iNTERVENTION 5](#_Toc157001229)

[Justification du projet 5](https://msainstitution-my.sharepoint.com/personal/abou-kheir_cesar_ccmsa_msa_fr/Documents/Bureau/Nouveau%20dossier/Coup%20de%20pouce/Coup%20de%20pouce%202024/Outils%202024/Fiche%20intention/Fiche%20intention%20revu/FI%20VF/Fiche%20d%27intention%20_CDPP%202024.docx#_Toc157001230)

[Mise en œuvre du projet 6](https://msainstitution-my.sharepoint.com/personal/abou-kheir_cesar_ccmsa_msa_fr/Documents/Bureau/Nouveau%20dossier/Coup%20de%20pouce/Coup%20de%20pouce%202024/Outils%202024/Fiche%20intention/Fiche%20intention%20revu/FI%20VF/Fiche%20d%27intention%20_CDPP%202024.docx#_Toc157001231)

[DESCRIPTION DES Actions 6](#_Toc157001232)

[Partenariat 6](#_Toc157001233)

[Communication du PROJET 7](#_Toc157001234)

[Suivi et évaluation du projet 7](#_Toc157001235)

[Budget prévisionnel du projet 8](https://msainstitution-my.sharepoint.com/personal/abou-kheir_cesar_ccmsa_msa_fr/Documents/Bureau/Nouveau%20dossier/Coup%20de%20pouce/Coup%20de%20pouce%202024/Outils%202024/Fiche%20intention/Fiche%20intention%20revu/FI%20VF/Fiche%20d%27intention%20_CDPP%202024.docx#_Toc157001236)

[Budget prévisionnel du projet 8](https://msainstitution-my.sharepoint.com/personal/abou-kheir_cesar_ccmsa_msa_fr/Documents/Bureau/Nouveau%20dossier/Coup%20de%20pouce/Coup%20de%20pouce%202024/Outils%202024/Fiche%20intention/Fiche%20intention%20revu/FI%20VF/Fiche%20d%27intention%20_CDPP%202024.docx#_Toc157001237)

[Montant de la participation au financement demandée 8](#_Toc157001238)

# Fiche du projet

##

## Candidature

Dans le cadre de votre candidature, merci de compléter cette fiche d’intention. Vous pouvez y associer en annexe les compléments d’information qui vous semblent nécessaires pour la bonne compréhension de votre projet.

Les modalités de remplissage et d’envoi de la fiche d’intention sont explicitées dans le guide d’aide au remplissage.

Pour rappel, pour le volet « Dépistages organisés des cancers », seules les CMSA peuvent soumettre un projet.

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE QUI PORTE LE PROJET

**Porteur du projet :** [ ]  Hors MSA [ ]  MSA [ ]  Co-portage MSA et hors MSA

**Nom de la structure de rattachement (dénomination sociale)** **:**

* *Dans le cas d’un projet porté par plusieurs MSA, indiquez la MSA pilote du projet.*
* *Dans le cas d’un co-portage MSA et hors MSA, indiquez la structure hors MSA.*

**Adresse du siège de la structure** **:**

**Typologie de la structure (association, centre hospitalier, maison de santé pluridisciplinaire…) :**

|  |
| --- |
|  |

**Statut juridique de la structure :**

**Nombre de salariés intégrés à la structure** **:**

## Identification du porteur de projet

**Nom et prénom :**

**Adresse mail :**

**Numéro de téléphone :**

## Synthèse du projet

**Résumé du projet (5 lignes) :**

|  |
| --- |
|  |

**Dans quelle(s) thématique(s) d’intervention en prévention et éducation sanitaire et sociale votre projet s’inscrit-il (3 maximum) ?**

**Le projet est-il similaire à un dispositif national mis en œuvre par les pouvoirs publics, les agences nationales sanitaires et sociales, les régimes d’assurance maladie ?** [ ]  OUI [ ]  NON

**Le projet sera-t-il mis en œuvre sur plusieurs années ?** [ ]  OUI [ ]  NON

**Date de début du projet** **:**

**Date de fin du projet** **:**

## OBJECTIFS DU PROJET

**Quel est l’objectif général du projet (à formuler en une seule phrase qui débute par un verbe à l’infinitif) ?**

*Quel est le but recherché dans le cadre du projet ? Le résultat à atteindre ?*

*Auprès de quelle(s) cible(s) ? Sur quel(s) territoire(s) ?*

**Quels sont les objectifs spécifiques du projet (5 objectifs spécifiques au maximum chacun commençant par un verbe à l’infinitif) ?**

*Que faut-il mettre en place pour atteindre l’objectif général ?*

**Quels sont les objectifs opérationnels du projet (3 objectifs opérationnels au maximum par objectif spécifique et chaque objectif doit débuter par un verbe à l’infinitif) ?**

*Que faut-il mettre en place pour réaliser le ou les objectifs spécifiques ?*

**Objectifs opérationnels associés à l’objectif spécifique 1 :**

**Objectifs opérationnels associés à l’objectif spécifique 2 :**

**Objectifs opérationnels associés à l’objectif spécifique 3 :**

*.*

**Objectifs opérationnels associés à l’objectif spécifique 4 :**

**Objectifs opérationnels associés à l’objectif spécifique 5 :**

## Public(s) Cible ET TERRITOIRE(S) D’iNTERVENTION

**Quelle est ou quelles sont les populations cibles de votre projet ?**

*Indiquer le nombre de personnes qui pourraient bénéficier de l’action, les tranches d’âges, le genre, les catégories socioprofessionnelles, les caractéristiques principales (personnes en situation de précarité, présentant un handicap, à risque…).*

**Dans quel(s) territoire(s) d’intervention votre projet sera-t-il mené ?**

*Nommer précisément les territoires (communes, cantons, communautés de communes, départements…) de réalisation et impactées.*

# Justification du projet

**Un diagnostic territorial a-t-il été mené ?** [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, indiquez ci-dessous les principaux éléments de diagnostic territorial permettant de justifier la réalisation du projet :

# Mise en œuvre du projet

## DESCRIPTION DES Actions

**Précisez, à l’aide du tableau ci-dessous, les actions menées dans le cadre du projet (modalités de mise en œuvre, contenus, déroulé de l’action, supports utilisés, nombre de participants…) :**

*Si plusieurs types d’action sont réalisés dans le cadre du projet, précisez le nombre par type d’action (séances individuelles, ateliers collectifs, …). Il est possible d’ajouter des lignes au tableau ci-dessous.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’action** | **Nombre d’actions réalisé durant la période de mise en œuvre du projet**  | **Nombre de participants (estimation)** | **Acteurs réalisant l’action** | **Lieu de l’action** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Commentaires, précisions à apporter sur la description des actions et la méthodologie du projet :**

**Le projet fait-il l’objet actuellement d’un déploiement sur le terrain ?** [ ]  OUI [ ]  NON

## Partenariat

**Le projet sera-t-il réalisé en partenariat avec des acteurs locaux ?** [ ]  OUI [ ]  NON

**Si oui, préciser le(s) nom(s) des partenaires.**

**Le projet sera-t-il réalisé avec une participation opérationnelle de la MSA locale ?**  [ ]  OUI [ ]  NON *(Exemples : participation aux comités de projet, à la mise en place des actions…)*

## Communication du PROJET

**Quels sont les moyens mis en œuvre pour communiquer sur le projet auprès des acteurs relais et de la population cible ?**

*Préciser de quelle manière la communication de votre projet sera réalisée : comment allez-vous vous y prendre ? Quels canaux de communication allez-vous utiliser et quels résultats attendez-vous de l’utilisation de ces canaux ?*

## Suivi et évaluation du projet

**Merci de cocher ci-dessous, le type d’évaluation prévu.**

[ ]  Bilan quantitatif de résultats

[ ]  Evaluation organisationnelle

[ ]  Evaluation à valeur d’impact

**Développez le protocole d’évaluation associé dans le tableau ci-dessous.**

*Il est possible d’ajouter des lignes au tableau ci-dessous.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs quantitatifs et qualitatifs** | **Critères associés / cibles** | **Méthodes de mesure** | **Outils d’évaluation associés** | **Périodes de réalisation** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Énumérer les trois principaux impacts anticipés sur la population cible :**

# Budget prévisionnel du projet

# Budget prévisionnel du projet

## Montant de la participation au financement demandée

**Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour le détail des charges et produits.**

*Il est possible d’ajouter des lignes au tableau ci-dessous.*

***Demande pour Coup de pouce prévention 2024***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Charges*** | ***Produits*** |  |
| **Nature détaillée de la dépense** | **Montant en euros** | **Sources de financement** | **Montant en euros** | **Acquis/ sollicité** |
|  |  | Dotation Coup de pouce prévention demandée |  |  |
|  |  | Autres financeurs |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ***TOTAL des charges*** |  | ***TOTAL des produits*** |  |  |

*Points d’attention : l’édition 2024 de Coup de pouce prévention ne subventionne que l’année 2024. Un projet pluriannuel validé en commission impliquera un dépôt de dossier de demande de financement pour les autres années accompagné d’un bilan du projet réalisé en 2024. Coup de pouce prévention finance des projets pluriannuels sans excéder 3 ans.*

**Les budgets prévisionnels 2025-2026 sont-ils déjà fixés :**[ ]  OUI [ ]  NON

*Attention : les détails des budgets prévisionnels 2025-2026 seront exigés au moment de remplissage du dossier de participation au financement*